

SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

Si usted desea otorgar a otra persona autoridad para asistirlo con su IMR, usted debe completar la Forma de Autorización de Asistentes.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Nombre del padre o guardián del joven menor _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de telefónico de día _____ Número telefónico de noche _____

Nombre del plan de salud _____

Número de membresía del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

¿Tiene Medi-Cal? Sí No

¿Tiene Medicare o Medicare Advantage? Sí No

¿Ha presentado alguna queja o reclamo a su plan de salud? Sí No

¿Está tratando de obtener el pago de un servicio que ya ha recibido? Sí No

SU PROBLEMA DE SALUD

(Si es necesario, utilice una hoja por separado y anexe otros documentos).

1 ¿Cuál es su condición médica o el diagnóstico de su doctor? _____

2 ¿Qué tratamiento médico o servicio está usted solicitando? _____

3 ¿Cómo le gustaría que se decidiera su caso? _____

4 ¿Padece de una condición que representa una seria amenaza para su salud? Sí No

Si su respuesta es "Sí", por favor explique. _____

5 Su plan de salud dice que el tratamiento que usted quiere es (marque una opción):

Médicamente innecesario Experimental o de investigación Otro _____

6 Indique el nombre y número telefónico de su doctor familiar y de otros doctores que haya visto, consultado o hayan tratado su enfermedad. ¿Son parte de la red de su plan de salud? (Si es necesario, utilice una hoja por separado).

7 Estoy solicitando una Revisión Médica Independiente (IMR) para tomar una decisión sobre mi problema médico con mi plan de salud. Permiso a mis proveedores, actuales y anteriores, así como a mi plan de salud proporcionar mis expedientes médicos e información para esta IMR. Mi expediente puede incluir reportes médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH, tomografías y otra información relacionada con mi caso. Asimismo, el expediente puede incluir reportes no médicos y cualquier otra información que se refiera a mi caso. Autorizo al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC, por sus siglas en inglés) y al personal de la IMR revisar mis expedientes e información. Mi autorización terminará un año después de la fecha señalada al final de este documento, con excepción de lo permitido por la ley. Por ejemplo, la ley de permite que el DMHC continúe utilizando mi información internamente. Podré dar por terminada mi autorización antes de la fecha establecida si así lo deseo. Toda la información proporcionada en este documento es verdadera.

Firma del paciente o padre _____ Fecha _____

Envíe esta forma y cualquier anexo por correo o fax al: **Central de Ayuda HMO, Department of Managed Health Care, IMR Unit, 980 9th St., Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725; FAX: 1-916-229-0465**



FORMA DE AUTORIZACIÓN DE ASISTENTES

- Si usted desea otorgar a alguien autoridad para asistirlo en su Revisión Médica Independiente (IMR) o reclamo, llene las Partes A y B a continuación.
- Si usted es el padre o guardián legal del paciente menor de 18 años por quien está solicitando la IMR o reclamo, no necesita completar esta forma.
- Si está solicitando una IMR o reclamo por un paciente que no puede completar esta forma y usted tiene la autoridad legal para actuar en representación de esta persona, favor de completar sólo la Parte B. También envíe una copia del poder legal para decisiones del cuidado de salud o cualquier otro documento legal que le autoriza tomar decisiones por el paciente.

PARTE A: EL PACIENTE

Autorizo a la persona indicada en la Parte B a continuación para representarme ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) en mi solicitud de IMR o reclamo. Autorizo al DMHC y al personal de la IMR compartir información sobre mi condición médica y cuidados con la persona mencionada a continuación. Dicha información puede incluir tratamientos de salud mental, pruebas y tratamientos del VIH, tratamientos de alcoholismo y drogadicción, y otra información sobre mi atención médica.

Bajo el entendimiento de que sólo se compartirá información relacionada a mi IMR o reclamo.

Mi autorización es voluntaria y tengo derecho a darla por terminada. Si deseo hacerlo, tendré que notificarlo por escrito.

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste _____

Firma de la persona que asiste _____

Dirección _____

Relación con el paciente _____

Teléfono de día # _____

Teléfono de noche # _____

El poder legal de las decisiones del cuidado de salud o cualquier otro documento legal está incluido.

ESTA NOTIFICACIÓN ES REQUERIDA POR LEY *

La ley Knox-Keene de California otorga al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) autorización para regular los planes de salud e investigar las quejas de sus miembros.

- El Centro de Ayuda HMO del DMHC utiliza su información personal para investigar su problema con su plan de salud y proporcionarle una Revisión Médica Independiente si cumple con los requisitos para ello.
- Usted nos proporciona esta información de manera voluntaria. Usted no está obligado a proporcionarnos información.
- Sin embargo, si usted no nos proporciona información, quizá no podamos investigar su reclamo ni proporcionarle una Revisión Médica Independiente.
- De ser necesario quizá tengamos que compartir su información personal con el plan de salud y los doctores que están llevando a cabo la Revisión Médica Independiente.
- Quizá tengamos que compartir su información con otras agencias de gobierno según lo requerido y permitido por la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, contacte al DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (1-916-322-6727).

* La ley que requiere esta notificación es la Information Practices Act de 1977 (Código Civil de California Sección 1798.17).